

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907

N° 106

De la valeur des différents traitements chirurgicaux

DE

L'EXSTROPHIE de la VESSIE

DANS LE SEXE FÉMININ

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 12 Juillet 1907.

PAR

Henri-Jean DAGNEAUD

Né à Cherbourg (Manche), le 2 décembre 1882.

Ancien externe des hôpitaux

Examineurs de la Thèse

{	MM. POUSSON, professeur-adjoint	} <i>Président</i>
	LANELONGUE, professeur...	
	CHAVANNAZ, agrégé.....	} <i>Juges.</i>
	BEGOUIN, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56, rue du Hautoir, 56

1907

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907

N° 106

De la valeur des différents traitements chirurgicaux

DE

L'EXSTROPHIE de la VESSIE

DANS LE SEXE FÉMININ

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 12 Juillet 1907.

PAR

Henri-Jean DAGNEAUD

Né à Cherbourg (Manche), le 2 décembre 1882.

Ancien externe des hôpitaux



Examineurs de la Thèse

{	MM. POUSSON, professeur-adjoint	<i>Président</i>
	LANELONGUE, professeur...	
	CHAVANNAZ, agrégé.....	<i>Juges.</i>
	BEGOUIN, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56, rue du Hautôir, 56

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DE NABIAS..... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DUPUY..... } Professeurs honoraires.
MASSE..... }

	MM.		MM.
Clinique interne.....	PICOT.	Chimie.....	BLAREZ.
Clinique externe.....	PITRES.	Histoire naturelle.....	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeu-	DEMONS.	Pharmacie.....	DUPOUY.
tique générales.....	LANELONGUE.	Matière médicale.....	DE NABIAS.
Thérapeutique.....	VERGELY (en congé).	Médecine expérimentale	FERRE.
Médecine opératoire..	MONGOUR (chargé).	Clinique ophtalmologi-	
Clinique d'accouchements	ARNOZAN.	que.....	BADAL.
Anatomie pathologique	VILLAR.	Clinique chirurgicale in-	DENUCE.
Anatomie.....	LEFOUR.	fantile et Orthopédie.	BOURSIER.
Anatomie générale et	COYNE.	Clinique gynécologique.	
histologie.....	N...	Clinique médicale des	MOUSSOUS.
Physiologie.....	VIAULT.	maladies des enfants.	DENIGES.
Hygiène.....	JOLYET.	Chimie biologique.....	
Médecine légale.....	LAYET.	Physique pharmaceuti-	SIGALAS.
Physique biologique et	LANDE.	que.....	LE DANTEC.
électricité médicale.	BERGONIÉ.	Pathologie exotique....	

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.....	MOURE.
Clinique des maladies mentales.....	REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. HOBBS.	MM. VERGER.
MONGOUR.	ABADIE.
CABANNES.	

SECTIONS DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe ...	MM. CHAVANNAZ.	Accouchements.....	MM. FIEUX.
	BEGOUIN.		ANDÉRODIAS
	VENOT.		

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie.....	MM. GENTES.	Physiologie.....	MM. GAUTRELET
	CAVALIE.	Histoire naturelle.....	BEILLE.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie.....	M. BENECH.	Pharmacie.....	M. BARTHE.
-------------	------------	----------------	------------

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	MM. RONDOT.
Accouchements.....	ANDÉRODIAS.
Physiologie.....	GAUTRELET.
Ophtalmologie.....	LAGRANGE.
Hydrologie et minéralogie.....	BEILLE.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MON EXCELLENT ONCLE M^r V. FICHET ET A MA TANTE

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MA FIANCÉE

AUX VIEUX BONS AMIS

LES DOCTEURS MALLIÉ, RIOMS, BARDET

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR POUSSON

PROFESSEUR-ADJOINT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHARGÉ DU COURS DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT - PROPOS

A tous mes maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, à tous ceux qui se sont intéressés à mon instruction médicale, j'adresse aujourd'hui un cordial merci.

Je n'aurais garde d'oublier, M. le Professeur Princeteau, qui m'a inspiré le sujet de ce travail, et m'a dirigé dans son exécution; ni mon excellent ami le Docteur Loubat, dont la bonne humeur est inlassable et de qui les conseils et l'aide m'ont été de tout temps si utiles.

Bordeaux, le 12 juillet 1907.

H. D.

INTRODUCTION

Il y a déjà 60 ans, qu'on s'est préoccupé pour la première fois de remédier aux malheureux et répugnants inconvénients de l'exstrophie de la vessie, autrement que par des appareils toujours impuissants à recevoir les urines, et à protéger les malades contre la perpétuelle souillure de leurs vêtements et de leurs téguments.

On s'est donc préoccupé d'intervenir chirurgicalement et malgré le peu de fréquence de cette monstruosité, on s'est attaché à chercher les méthodes de traitement qui semblaient rationnelles. Les unes ont eu pour but de refaire une vessie, les autres de protéger la région exstrophée, d'autres se sont attachées à rendre la fonction en suppléant l'organe absent par un autre, le rectum.

Au milieu de tant de préoccupations diverses, répondant chacune évidemment à une indication; rares sont ceux qui se sont particulièrement attachés à distinguer la fille du garçon dans le diagnostic de l'intervention en songeant aux conséquences génitales éloignées d'une cure chirurgicale; on opère l'exstrophie, on pense à peine au sexe. Et cependant, s'il est vrai qu'on ne connaisse qu'un exemple d'exstrophie ayant pu accomplir l'acte de la génération, il n'en est pas de même dans le sexe féminin, où nous trouvons neuf exem-

ples d'accouchements à terme, conduits avec assez de facilité malgré la difformité qui nous occupe. Par conséquent, nous pensons que toutes les fois qu'on se trouvera devant une fillette atteinte d'exstrophie de la vessie, on devra songer avant d'intervenir, que cette enfant pourra devenir femme, puis mère. et envisager sous cet angle les conséquences opératoires du procédé choisi.

C'est frappé par ce fait, que les neuf accouchées que connaît la science, n'ont jamais subi aucune intervention chirurgicale, que nous avons été amené, sous l'instigation de notre excellent maître, M. le professeur Princeteau, à rechercher quelles peuvent être les conséquences génitales éloignées des différentes interventions types actuellement connues, ce qui nous obligera à tirer des conclusions purement théoriques, mais qui ne seront pas vaines, nous l'espérons, car il n'y a souvent qu'un pas de la théorie à la pratique.

CHAPITRE I

Définition. — Anatomie.

L'exstrophie de la vessie est une monstruosité congénitale caractérisée par des troubles de développement aboutissant à l'absence de la paroi inférieure de l'abdomen, y compris le système osseux et la paroi antérieure de la vessie. Les organes génitaux eux-mêmes ont subi de tels troubles de développement que souvent il est difficile d'assigner un sexe à l'individu atteint d'exstrophie, comme dans le cas rapporté par Heydenreich, dans la Semaine Médicale de 1886, qui n'arrive à considérer comme fille le sujet de 16 ans examiné par lui, qu'en tenant compte du développement des seins et de la présence dans le bassin d'un corps rappelant l'utérus par le toucher rectal.

Nous allons signaler rapidement les principaux caractères anatomiques de l'exstrophie vésicale dans le sexe féminin, caractères indispensables à connaître pour apprécier les différentes méthodes opératoires de cette affection, à leur juste valeur.

L'exstrophie de la vessie apparaît sous forme d'une tumeur de volume variable siégeant au niveau de la partie antérieure et inférieure de l'abdomen. Elle est généralement située au-dessus des pubis, ou entre eux. Cette tumeur irrégulièrement

mamelonnée, d'un rouge vif, souvent saignant au contact, est généralement recouverte d'un enduit blanchâtre, constitué par des mucosités visqueuses et filantes, secrétées par la muqueuse vésicale postérieure qui compose la tumeur. Sous l'influence des efforts, l'exstrophie, qui normalement proémine à l'extérieur ou bien semble enfouie dans l'abdomen, fait une saillie plus ou moins considérable suivant l'intensité de l'effort. A sa surface, vers la partie inférieure, on remarque deux saillies papillaires, séparées par un étroit espace fibreux, placées à droite et à gauche, au sommet desquelles s'ouvrent les uretères, sous forme de deux petits orifices, d'où s'écoule continuellement l'urine, goutte à goutte, à l'état de repos, par une sorte d'éjaculation pendant l'effort. La paroi de la vessie semble plus épaisse que normalement. Elle est tapissée par le péritoine. Elle est soudée sur son pourtour à la paroi abdominale et la limite est nettement indiquée, d'une part par la différence de coloration, de l'autre par un liséré d'apparence cicatricielle appartenant à la peau de l'abdomen. Au-dessus de la tumeur, la paroi n'est constituée que par la peau et l'aponévrose.

La cicatrice ombilicale est peu apparente, souvent même elle n'existe pas.

Contrairement à ce qui a lieu chez l'homme, l'urètre manque en règle générale dans le sexe féminin. Quand il en existe un souvenir, il est réduit à sa paroi postérieure.

Les pubis présentent un écartement variable que Jamain évalue à cinq centimètres au moins et à douze au plus; mais il ne faut pas croire qu'il y a disjonction pure et simple de la symphyse avec écartement consécutif, comme l'écrit Hergott qui déclare que « les os iliaques sont distants l'un de l'autre proportionnellement à l'écartement des pubis » et que « le diamètre transversal du bassin est augmenté ». Non; il manque la substance osseuse au même titre qu'il manque l'étoffe abdominale et vésicale. Les muscles droits présentent un écartement proportionnel à celui de leur surface d'insertion. Cependant, il peut y avoir exstrophie de la vessie sans

écartement des pubis; dans ce cas, la perte de substance abdominale est réduite à une simple fente, comme dans le cas signalé et opéré par Rigaud, de Strasbourg, en 1874 (fillette de 3 ans). Mais c'est l'exception.

Les organes génitaux présentent des anomalies intéressantes. Le clitoris manque quelquefois; mais dans le plus grand nombre de cas on le trouve divisé en deux, chaque portion étant constitué par un corps caverneux, et situé de part et d'autre de l'orifice vulvaire.

Les grandes lèvres ne sont unies qu'au niveau de leur commissure postérieure. En avant, elles vont en divergeant vers les épines du pubis, formant au-devant du vagin un angle ouvert en avant. Elles présentent de plus à considérer une exubérance souvent remarquable de leur extrémité libre.

Les petites lèvres sont situées au-dessus et en dedans des précédentes, et présentent un aspect muqueux qui les distingue facilement.

La vessie, dans le cas d'absence totale de l'urètre se continue directement avec le vagin, muqueuse à muqueuse; dans le cas contraire, il existe une cloison vésico-vaginale, avec des vestiges du Mont de Vénus qui subsistent sous la forme d'un pont de peau entre la base de l'exstrophie et le sommet du vagin. L'hymen est le plus souvent épaissi et perforé et la cavité vaginale peut présenter des anomalies dont la plus fréquente est la bifidité.

Dans la majorité des cas, les organes génitaux internes, sont normaux, mais il arrive qu'ils font totalement défaut.

Il est facile de comprendre comment ces malheureuses femmes incapables de collecter leurs urines dans des appareils plus ingénieux qu'efficaces, en seront toujours imprégnées, répandant autour d'elles une odeur infecte et seront en outre sujettes aux souffrances causées par l'irritation perpétuelle de la muqueuse vésicale et par les excoriations de la peau des cuisses et de l'abdomen. Heureuses si elles échappent aux infections secondaires des uretères et des reins.

CHAPITRE II

Du traitement opératoire

Étant données les lésions anatomiques que nous avons signalées dans le chapitre précédent, examinons quelles peuvent être chez les femmes les indications opératoires envisagées surtout au point de vue qui nous occupe.

D'abord puisque ces êtres malheureux et répugnants sont aptes à la génération, puisque les exemples de grossesse que Chaigneau nous rapporte sont uniquement puisés chez des femmes en puissance d'infirmité, le chirurgien devra songer à donner à chacune cette aptitude à la reproduction, en supprimant le motif capable d'éloigner le désir. D'où nécessité de masquer la tumeur et de drainer les urines.

Ensuite il sera nécessaire de refaire des organes génitaux externes aptes à favoriser le coït, de respecter le développement possible d'un utérus gravide sans qu'il empêche ou contrarie la fonction urinaire, enfin il faudra éviter de rendre impossible un accouchement.

Suivant la division adoptée il y a 20 ans, par M. le professeur Pousson, nous classerons les différentes interventions chirurgicales suivant 3 catégories :

- 1^o Suture des marges de la vessie;
- 2^o Dérivation du cours des urines;
- 3^o Méthode de réfection autoplastique.

CHAPITRE III

Méthode de la suture des marges de la vessie

Le procédé imaginé par Gerdy en 1843 et appliqué par Rigaud 20 ans après, n'est applicable qu'à un petit nombre de cas et répond à cet idéal malheureusement irréalisable le plus souvent : refaire une vessie avec le peu qu'il en reste, en avivant les bords et en les suturant.

C'est en reprenant cette idée, que Dubois et Dupuytren ont conçu en 1806 celle de parvenir à ce résultat, en amenant les pubis au contact, préalablement. Ce n'est qu'en 1885, que cette conception reprise et rajeunie par Trendelenburg, de Bonn, reçut de ce chirurgien une application qui semble avoir donné dans ses mains des résultats assez satisfaisants, nous les apprécierons plus loin.

Cette méthode étant la seule de cette catégorie actuellement utilisée, et presque uniquement par son créateur, nous sommes tout naturellement amené à la considérer comme méthode type.

Méthode de Trendelenburg (1885)

Essentiellement, cette méthode consiste à ramener au contact les pubis écartés, avant de refaire une vessie par suture des marges de la portion exstrophée.

Pour arriver à ce résultat, Trendelenburg use de plusieurs procédés. D'abord il a imaginé de soumettre le bassin du malade à des pressions concentriques ayant pour but de ramener les ailes iliaques l'une vers l'autre. Ce procédé n'allait pas sans inconvénients. D'abord, il était nécessaire de déployer un effort considérable chez des sujets jeunes, ensuite il était difficile d'obtenir ce résultat sans provoquer des escarres. C'est pourquoi, après avoir imaginé d'ingénieux mais inefficaces appareils, Trendelenburg a usé de son second procédé sanglant.

L'opération se fait en 2 temps. Dans un premier temps, il s'agit de disjoindre les articulations sacro-iliaques dans le but de faire basculer les os iliaques sur leurs attaches sacrées. Pour obtenir ce résultat, on couche le malade sur le ventre, puis on introduit l'index dans le rectum, pour aller à la recherche de la grande échancrure sciatique et pour repérer l'artère fessière. Puis on mène une incision longitudinale au niveau de la symphyse sacro-iliaque. Armé d'un fort bistouri, on pénètre profondément dans cette région, avançant avec beaucoup de précautions dans la crainte de léser les organes vasculaires importants qu'elle contient et qui passent précisément en avant de la symphyse. Il faudra, pour cette raison, s'abstenir d'achever la disjonction avec le bistouri. C'est en prenant un solide point d'appui sur le côté opposé du bassin et en agissant par des pressions énergiques qu'on arrivera à faire basculer l'aile iliaque du côté opposé. Mais lorsque, après avoir sectionné la série de ligaments, qui unissent le sacrum à l'os iliaque du côté encore intact, on veut procéder à la disjonction, la difficulté devient presque insurmontable d'obtenir les résultats souhaités, à cause de l'absence de points d'appui. Il faut alors user du ciseau, et nous avons vu que l'action se passe dans une zone dangereuse.

Pour obtenir le rapprochement nécessaire, il faut user d'appareils de compression, et alors réapparaissent les mêmes difficultés que dans le procédé de douceur, à savoir les escarres et l'immobilisation. L'appareil qui donne les meil-

leurs résultats est constitué par une large ceinture matelassée croisant sur le ventre et de chaque côté de laquelle pendent des poids qu'on peut porter de 10 à 15 livres de chaque côté chez un enfant de deux ans et demi.

Deuxième temps. — Environ 6 à 8 semaines après la première intervention, on s'occupe de la réfection du réservoir urinaire. On commence par réduire la vessie exstrophée au moyen d'une petite éponge, puis on avive les bords de la vessie; en dehors de la surface avivée, on enfonce le bistouri de quelques millimètres de façon à mobiliser les bords cruentés, après quoi l'on procède à la réunion en faisant des sutures suivant le procédé de Lembert. Lorsqu'il y a des vestiges d'urètre, on procède à sa réfection, puis on place une sonde à demeure.

Cette méthode opératoire n'a été employée jusqu'à présent que par un nombre très restreint de chirurgiens, et sur 14 malades opérés, 9 l'ont été par Trendelenburg, Küster en opéra 2 dont l'un mourut d'un phlegmon du bassin. Makins n'obtint aucun résultat chez un seul opéré, Rydygier perdit le sien par infection de la plaie, seul Delagenière obtient un résultat satisfaisant, 3 seulement des malades de Trendelenburg ont retiré quelque avantage de l'intervention.

Observation. — En 1887, Trendelenburg opère une petite fille de 5 ans atteinte d'exstrophie de la vessie. Il y avait un écartement inter-pubien de 5 centimètres. L'opération, conduite suivant la méthode ci-dessus indiquée semblait donner de bons résultats, lorsqu'il s'établit une fistule, qu'on guérit facilement. Une deuxième fistule fut fermée avec un lambeau emprunté à la peau de l'abdomen. L'incontinence d'urine persiste cependant et Trendelenburg l'attribue à ce fait que les os iliaques ont toujours une tendance à l'écartement. Ils exercent en conséquence une traction latérale sur l'urètre qui se trouve réduit à une fente horizontale; cette disjonction empêche l'occlusion du canal.

Les critiques qu'on peut formuler contre un tel procédé sont de deux ordres. D'abord, d'ordre général: Une interven-

tion de cette importance est pleine de dangers et le petit nombre d'opérations ainsi pratiquées, ne semble pas par son résultat encourager les chirurgiens à s'engager dans cette voie. En outre, elle comporte une difficulté technique considérable que M. le Professeur Pousson a bien mise en lumière par de belles expériences cadavériques.

EXPÉRIENCE I (résumée)

Il s'agit du cadavre d'une fillette de 18 mois. On réalise artificiellement un bassin d'exstrophique; en réséquant 4 c/m $1/2$ de pubis. Puis on applique les mains sur les crêtes iliaques et on les repousse l'une vers l'autre. Sans grand effort on rapproche les pubis, mais l'élasticité des os et des ligaments est telle, que dès qu'on lâche ils reviennent en place.

Un fait important s'est produit au cours des manœuvres de rapprochement des pubis divisés, c'est l'issue à l'extérieur, entre les os écartés, de la vessie et des viscères avoisinants. Que si un aide essayait de les maintenir par la pression dans la cavité abdomino-pelvienne, on voyait bomber fortement la paroi abdominale et même le périnée, et des matières intestinales s'échapper par le rectum.

L'expérience n'a occasionné aucun désordre osseux.

EXPÉRIENCE III (résumée)

Femme de 24 ans. — Mêmes préparatifs que ci-dessus. On enlève 9 centimètres de pubis. Les pressions manuelles ne donnent aucun résultat. Avec une presse de menuisier, on obtient moins d'un centimètre de rapprochement.

EXPÉRIENCE V (résumée)

Cadavre I. — Après avoir divisé le plan superficiel des ligaments de l'articulation coxo-fémorale, on peut constater qu'aucune mobilité n'existe dans l'article. Le bistouri pénétrant dans l'interligne permet de mobiliser l'os coxal. Facile des deux côtés.

EXPÉRIENCE VII (résumée)

Cadavre III. — Expérience à droite. Ni la main ni la presse ne donnent de résultat après section des parties molles sauf le ligament profond. Incision des ligaments profonds. Après avoir employé une grande force on entend des craquements secs, puis l'os coxal droit se mobilise.

Devant l'impossibilité de fixer le sacrum, l'auteur détruit petit à petit tous les liens fibreux qui réunissent les surfaces articulaires du sacrum et de l'os iliaque, avec un scalpel et un ciseau de menuisier. On n'y arrive pas sans peine. L'os coxal est mobilisé.

Résultat. — L'articulation droite est proprement ouverte, la gauche présente des surfaces érodées et ruginées par le travail du ciseau.

On voit par là avec quelles difficultés on se trouve aux prises, et quel moyen aveugle constitue cette symphyséotomie, pratiquée sur une articulation de la résistance et de l'importance de l'articulation sacro-iliaque. Trendelenburg lui-même ayant trouvé sans doute quelques critiques à formuler contre l'intervention créée par lui, déclarait au 29e Congrès de chirurgie en 1900, qu'il avait essayé de remplacer l'écartement des symphyses sacro-iliaques par des fractures artificielles produites dans l'os iliaque lui-même, dans l'espoir d'obtenir un rapprochement plus durable. Malheureusement il

ne nous a pas été possible de trouver ni travail ni observation rapportant avec détails les temps opératoires et les résultats de cette nouvelle technique.

Quoi qu'il en soit, il est permis de formuler contre elle les mêmes critiques que contre la précédente à savoir qu'elle constitue une opération très grave, d'une grosse difficulté pratique. Les chances d'infection, il est vrai, sont supprimées. De plus elle est coupable à nos yeux à cause de ses conséquences futures, au point de vue qui fait l'objet de notre travail.

Ce n'est point sans intention que nous avons rapporté les expériences cadavériques de M. le Professeur Pousson. Elles nous montrent en effet que la cavité abdominale devient après rapprochement des pubis, trop exigüe pour contenir les viscères abdominaux. Dès lors, il nous est permis de nous demander comment va pouvoir évoluer, au milieu de ces organes déjà refoulés, comprimés, un utérus gravide, à supposer même que pendant la croissance de l'opérée, la paroi abdominale se soit adaptée à la contention de ces organes? Et imaginons ladite grossesse conduite à terme, quel accoucheur acceptera la responsabilité d'un accouchement qui se présente de façon aussi inquiétante, à travers un bassin artificiellement rétréci d'au moins 5 centimètres? Ou bien s'il faudra se décider à détruire ce qui a coûté tant de peine au chirurgien; en supposant que cela soit possible sans accident!

Il ne reste plus à penser qu'à intervenir en pratiquant l'opération césarienne, ce qui serait une décision détestable, car ce serait sacrifier de propos délibéré une aptitude à la maternité qu'on aurait pu très bien conserver, et l'on se heurte à cette difficulté nouvelle: une vessie soudée à la paroi abdominale et faisant corps avec elle.

En résumé, nous considérons l'opération de Trendelenburg comme impraticable chez les femmes susceptibles de maternité. Elle est dangereuse en ce sens, qu'en supprimant l'infirmité, en rendant possible une grossesse, elle met obs-

tacle infranchissable à l'accouchement. Elle jouit d'ailleurs d'un crédit tout à fait restreint, surtout en France, et nous la verrions sans peine disparaître, dans la cure de l'exstrophie de la femme.

CHAPITRE IV

Méthode de dérivation du cours de l'urine.

Il existe deux méthodes-types parfaitement indépendantes, de dérivation du cours de l'urine. La première a pour but de supprimer la portion de vessie exstrophée, et d'aboucher les uretères dans un point déclive. La seconde qui constitue une véritable cysto-entérostomie, confie à l'intestin le rôle de la vessie absente.

Méthode de Sonnenburg

Le premier procédé expérimenté d'abord sur des chiens, ne fut mis en pratique chez l'homme, qu'en 1881, par le chirurgien allemand Sonnenburg. Nous n'indiquerons que sommairement les grandes lignes, de cette intervention, qui est à peu près complètement abandonnée aujourd'hui, après n'avoir d'ailleurs rencontré qu'un médiocre succès à sa création.

Donc, l'auteur excise l'exstrophie, ne laissant que la portion adhérente aux uretères, après quoi, ou bien il transplante les uretères dans l'infundibulum de l'urètre fendu, ou bien il les abouche simplement à la paroi abdominale.

Dans le premier mode, nous nous heurtons à ce fait que chez la femme, nous l'avons vu précédemment, l'urètre n'existe pas dans la majorité des cas. C'est donc conclure que la

plupart du temps l'on sera contraint d'avoir recours à l'abouchement abdominal des uretères. Or, que gagne la malade à l'opération? La suppression de la tumeur, ce qui fait évidemment disparaître le symptôme douleur, et c'est tout. En revanche les reins ne sont pas à l'abri d'une infection possible et l'expérience a prouvé que le port d'un appareil est quasi-impossible. Mais en supposant qu'une fillette opérée et guérie échappe à ce danger, il nous est permis de nous demander ce que vont devenir ses uretères ainsi fixés soit au rudiment d'urètre, soit à la paroi abdominale, pendant l'énorme distension que subit cette dernière au cours de l'évolution d'une grossesse? Vont-ils se rompre, ainsi tiraillés, occasionner de la ptose rénale, ou de l'hydronéphrose par compression? Ces hypothèses ne semblent que trop réalisables pour permettre d'adopter cette méthode opératoire dans le sexe féminin. La cysto-entérostomie demande une étude plus approfondie, en raison de son importance, et de l'accueil presque chaleureux que lui ont fait les chirurgiens de tous pays.

Méthode de Maydl.

Imaginée par John Simon, elle fut expérimentée par lui en 1851. Il était parti de ce fait, que chez certains animaux, chez les oiseaux notamment, il existe un cloaque, qu'on pouvait imiter chez l'homme. Son essai fut suivi de mort, 9 mois après l'opération. Après Simon, Holmes, Thomas, Smith, Lloyd, Johnson, imaginent divers procédés qui ne donnent que des résultats lamentables. Il faut arriver en 1892, pour voir Maydl mettre au point et réussir cette intervention.

Maydl choisit comme point d'abouchement des uretères l'S iliaque, parce que le contenu intestinal y est déjà solide, et que la présence de l'utérus et de ses annexes masque

le rectum. Car il est bon de faire remarquer que la première opérée de Maydl était une femme de 22 ans. Depuis, de nombreux chirurgiens ont imité ce procédé, en modifiant plus ou moins le détail, mais assez peu pour que l'opération de Maydl constitue un type, que nous allons étudier.

L'opération comprend trois temps : D'abord, excision de la vessie exstrophée, de la paroi abdominale et taille d'une ellipse vésicale, ayant sur ses côtés les orifices des uretères; 2^o recherche de l'S iliaque à travers la paroi abdominale, suture de la paroi vésicale; 3^o fermeture de l'abdomen.

Premier temps. — On commence par introduire dans les uretères des bougies fines qui sont destinées comme nous le verrons à repérer ces uretères après ouverture de l'abdomen. Cette ouverture de l'abdomen se fait sur le pourtour de la vessie exstrophée, en incisant avec précaution les différents plans qu'on rencontre, en commençant par la partie supérieure et en terminant au niveau des vestiges de l'urètre quand ils existent. Ce temps est délicat dans le sexe féminin où l'on prend garde de léser le vagin et l'utérus.

On procède alors à la dissection des uretères, dont on suit le trajet le plus loin possible dans la profondeur, en conservant autour d'eux le plus de tissu cellulaire possible.

Quand la vessie est ainsi devenue, tout à fait mobile autour de l'extrémité profonde fixe des uretères, on taille dans la paroi, une ellipse horizontale intéressant toute l'épaisseur de cette paroi, ne conservant que le tissu interurétéral et un centimètre et demi de bord libre environ.

Deuxième temps. — S'il est nécessaire, on agrandit l'incision abdominale sur la ligne médiane, puis on se met à la recherche de l'S iliaque. Après l'avoir rapprochée de la vessie et vidée de son contenu en l'exprimant, on met des ligatures sur les deux bouts de l'anse. Sur le côté opposé au mésocôlon, on fait une incision longitudinale comprenant tous les plans de la paroi et d'une longueur à peu près égale à celle de l'ellipse que l'on rapproche alors de l'incision,

en la faisant tourner de telle sorte que l'uretère gauche devienne supérieur et l'uretère droit inférieur. Ainsi l'on peut suturer le bord inférieur de l'ellipse vésicale au bord droit de l'incision et le bord supérieur au bord gauche de la boutonnière intestinale. On place des sutures à la soie disposées en deux étages; on suture un côté en affrontant la couche musculieuse vésicale à la couche musculo-séreuse intestinale (premier étage), puis on affronte les couches muqueuses (deuxième étage). On rabat, de l'autre côté on suture muqueuse à muqueuse (premier étage) et musculieuse à musculieuse (deuxième étage).

Troisième temps. — Afin d'éviter la formation de fistules, il est nécessaire de fermer la paroi abdominale le plus complètement possible; cependant il faut laisser une ouverture pour permettre de veiller à l'infection possible du péritoine. On rapproche donc les muscles droits à leur partie supérieure et l'on rapproche à la partie inférieure la peau en pratiquant des incisions libératrices, si cela est nécessaire. Pour terminer, on place un gros drain dans le rectum.

Voilà les points essentiels de la méthode de Maydl. Les procédés analogues employés actuellement par nombre de chirurgiens dérivent tous de celui de Maydl, avec seulement des modifications dans le détail. Les uns abouchent les uretères séparément dans l'intestin (S iliaque) soit en taillant leur extrémité libre en biseau, et en établissant une valvule avec la muqueuse intestinale capable de protéger cette extrémité (Fowler), soit en transportant chaque uretère accompagné d'une collerette vésicale (Eiselsberg). Cette dernière précaution serait, d'après Tuffier, indispensable, car c'est le seul moyen (s'il existe réellement) d'empêcher l'infection ascendante de se propager aux reins, puisqu'il permet de conserver le sphincter urétéral.

D'autres préconisent l'implantation dans le rectum des uretères ensemble (Mikulicz), ou séparés (Bergenhem, Pozza Capello). Cette méthode applicable à l'homme devient im-

praticable chez la femme à cause de la présence entre le rectum et la vessie de l'utérus et de ses annexes. C'est ainsi qu'on est obligé de passer à travers le ligament large et la trompe sectionnés, pour mettre en pratique le procédé de Gersuny; il se distingue de celui de Maydl en ce sens qu'il rend le rectum indépendant de l'intestin et qu'il le destine à remplir uniquement le rôle de vessie. L'S iliaque détachée du rectum, est amenée au-devant de lui à travers une boutonnière pratiquée dans le cul-de-sac de Douglas. Le sphincter est détaché de la muqueuse rectale sur la moitié antérieure de son pourtour, de telle sorte que le sphincter agira en même temps sur les deux conduits. On abouche la vessie exstrophée en grande partie réséquée, à l'extrémité supérieure du rectum devenu libre. Ainsi donc on obtient un double canal, accolé comme les canons d'un fusil, fermé par un même sphincter, dont l'un évacuera les urines et l'autre les matières fécales.

Ce procédé qui ne manque pas d'originalité a été employé par son créateur chez une femme de 31 ans atteinte d'exstrophie de la vessie. Elle mourut de pyélo-néphrite, cinq jours après l'opération.

On a pensé que cette pyélo-néphrite double existait avant l'opération.

Quoi qu'il en soit, outre l'objection que nous avons faite, à savoir qu'on ne doit pas toucher aux organes génitaux internes, cette méthode reste coupable à nos yeux au même titre que celle de Maydl, dont nous verrons tout à l'heure, les inconvénients.

OBSERVATION (Maydl)

L.-H. Bozena, 22 ans. — Parents bien portants. Personne dans la famille ne présente la même infirmité. La mère qui a accouché avant le terme normal, mais qui a eu un accouchement facile, raconte que

pendant sa grossesse elle a souvent ressenti une douleur dans le côté. A 10 ans, on porte la malade à l'hôpital des Enfants, où une opération fut jugée indispensable, mais le père s'y opposa.

Réglée à 16 ans, les règles se présentent tous les mois régulièrement, abondantes et sans douleur. Plus tard, elle tente de se suicider en se coupant la gorge. On la guérit.

Elle est opérée le 22 novembre 1894.

Etat actuel. C'est une malade de petite stature, de forte ossature, bien musclée et bien nourrie. Elle répand une forte odeur d'urine fermentée, et ses linges et sa couche sont traversés.

On constate une anomalie congénitale dans le mésogastre inférieur, la symphyse pubienne présente un écartement d'environ 5 centimètres. La vulve est surmontée d'une forte feuille fibreuse. Les grandes lèvres ne se rejoignent pas, mais se perdent dans la paroi environnante en divergeant à la partie supérieure. La commissure postérieure existe.

Dans la partie inférieure de l'abdomen, se trouve une tumeur de la grosseur de la moitié d'une orange, rouge foncé, paraissant recouverte de mucosités. Dans l'intervalle des grandes lèvres, le clitoris est divisé en deux. Entre les deux portions, on aperçoit une autre tumeur d'apparence brune recouverte de mucus. Les petites lèvres situées entre les grandes, se séparent de la commissure postérieure des grandes lèvres; entre elles on peut introduire l'extrémité du petit doigt. On ne trouve aucune trace d'ombilic. A l'extrémité inférieure de la tumeur, on trouve à 4 centimètres environ de la vulve les orifices des uretères par où s'écoule l'urine.

La malade fut opérée le 20 janvier 1895. Nous passerons rapidement sur les suites opératoires qui furent bonnes. Le premier écoulement d'urine apparut par le drain rectal dans la nuit qui suivit l'opération. L'urine des 24 heures s'élève progressivement à 720, 800, 1130 centim. cubes. Le drain rectal est enlevé le 28 janvier. Le 12 février, il y a 7 mictions rectales par 24 heures. Le 21 mars, la guérison est définitive, et les règles apparaissent. Pendant deux ans, la malade présente un état général satisfaisant, puis en novembre 1907, elle meurt cachectique.

Ainsi donc, voici des résultats qui après avoir semblé brillants, puisque pendant deux ans le but souhaité a pu paraître atteint, ne donnent qu'un médiocre relief à l'opération de Maydl. Il est vrai que tous les malades ayant subi cette opération ne sont pas morts, mais la statistique établie par Thobois révèle une mortalité de 26 pour cent des suites opératoires, et 18 pour cent à distance, nous pourrions oser dire des conséquences opératoires. Cela fait un total de 34 pour cent. Mais si nous établissons à notre tour une statistique uniquement basée sur les résultats opératoires des interventions dans le sexe féminin nous trouvons 8 morts pour 16 opérées, ce qui fait du 50 pour cent. C'est tout simplement effrayant. Or, sur ces 8 morts, 4 sont occasionnées par la pyélo-néphrite, une par la cachexie; deux autres sont dues à l'infection post-opératoire; et la huitième de cause inconnue. Nous ferons remarquer en outre que toutes les malades opérées par le procédé de Maydl n'ont été suivies que pendant un temps très court variant entre quelques mois et 5 ans.

Mais à supposer que la pyélo-néphrite qui paraît la complication la plus redoutable, épargne les malades guéries, que va-t-il advenir de ces femmes au point de vue génital?

Le procédé de Maydl répond à notre première indication d'une façon tout à fait remarquable. puisque non seulement il supprime l'infirmité avec tous ses inconvénients, mais encore il rend à la malade la continence parfaite, ce qui n'est pas un mince avantage. Il ne se préoccupe nullement de la restauration de la vulve, mais cette restauration n'est pas incompatible avec le mode opératoire qui nous occupe. Donc nous pouvons considérer une femme opérée ainsi comme susceptible d'être fécondée. Mais que va-t-il advenir pendant l'évolution de la grossesse? Nous savons quelle compression souvent énorme exerce dans le bassin un utérus gravide à terme ou près du terme. Nous savons avec quelle difficulté l'on arrive à lutter contre la constipation opiniâtre résultant de l'aplatissement du rectum de la parturiente. Dès lors, il nous est permis de nous demander comment se fera l'évacuation

de l'urine dans de telles conditions. Ne va-t-il pas y avoir accumulation, puis absorption des toxines de l'urine, puisque encore dans le côlon, se manifestent des phénomènes physiologiques d'absorption? Sous la poussée du trop-plein intestinal, les uretères ne vont-ils pas céder, se dilater, favorisant ou l'hydronéphrose, ou l'infection ascendante des reins, qui sont déjà passablement menacés normalement, comme nous l'indique la statistique que nous avons établie? En résumé nous pensons que les risques à courir, en employant la méthode de Maydl, sont loin d'être compensés par les résultats susceptibles d'être obtenus, et que, chez la femme, l'avenir génital est tellement assombri qu'on devra rigoureusement rayer ce procédé de la liste des interventions possibles, à moins que cette femme soit, comme il arrive quelquefois, dépourvue des organes essentiels de la génération.

CHAPITRE V

Méthode autoplastique

La méthode autoplastique, dite aussi méthode française a pour but, essentiellement, de refaire à la vessie sa paroi antérieure absente, au moyen d'un ou plusieurs lambeaux empruntés à la peau du voisinage, dont la surface épidermique est orientée du côté de la cavité vésicale. Il va sans dire qu'elle ne permet en aucune façon de refaire un sphincter, et qu'elle est par suite simplement palliative. Imaginée par Jules Roux en 1852, elle fut mise en pratique par son auteur chez l'homme, et ne resta que théorique dans son application à l'exstrophie féminine. Il s'agissait dans ce cas, d'emprunter un lambeau aux grandes lèvres, de le transformer en une bride cicatricielle apte à maintenir un appareil en caoutchouc. Nous n'insisterons pas davantage sur ce procédé, qui, on le voit, ne répond que de très loin aux desiderata de la méthode qui nous occupe.

La statistique nous apprend qu'il y a un exstrophie mâle sur 100.000 naissances, et une fille pour 7 garçons (Puech), ce qui est évidemment très peu. Cette suprématie pénible du sexe masculin, nous explique peut-être pourquoi le long effort chirurgical de 30 ans de travail n'a abouti qu'à multiplier à l'excès les interventions autoplastiques chez l'hom-

me, laissant à peu près complètement de côté la fillette et la femme. Entre 1852 et 1880, une seule opération sur une petite fille fut pratiquée par Ayres, en 1859, qui imagina un procédé aussi ingénieux que compliqué, accessoirement terminé par la suture des grandes lèvres. C'était un pas. Mais Hirschberg, Pancoast, Hiersch, Richard, Alquié, Holmes, Michel, Wood tout en créant des méthodes opératoires dont quelques-unes pourraient à la rigueur s'appliquer à la femme, nous permettent d'arriver enfin en 1886 pour voir Greig, Smith et Richelot s'occuper spécialement de cette question. Comme nous avons décidé au début de ce travail de ramener les différentes méthodes, à une méthode type idéale, nous nous contenterons de rapporter avec détail l'opération de Richelot. Mais, plus récemment, Pozzi a imaginé un mode de restauration autoplastique, que nous serons obligé de décrire en détail, à cause de sa grande différence avec les autres méthodes, et des merveilleux résultats obtenus par l'auteur. Pour terminer nous relaterons l'observation d'une jeune enfant opérée par M. le Professeur Princeteau, qui employa la méthode de Richelot, en perfectionnant remarquablement le manuel opératoire, et en tenant compte pour la première fois des suites génitales possibles chez son opérée.

§ I. — PROCÉDÉ DE RICHELOT.

OBSERVATION

Il s'agissait d'une petite fille âgée de 6 ans, qui fut opérée le 22 novembre 1886.

A l'examen, on s'aperçut que les grandes lèvres divergeaient à leur extrémité supérieure. Vers la partie moyenne de chacune d'elle, on voyait un vestige de petite lèvre sans clitoris. Dans leur écartement,

se trouvait l'orifice vaginal ; au-dessus de lui et sans trace d'urètre, la muqueuse vésicale saillante en avant. La palpation révélait comme toujours un écartement des pubis de plusieurs centimètres. Un fait important, c'est qu'au-dessus de la muqueuse vésicale, entre elle et l'ombilic, la peau était mince, incomplètement développée, non doublée de graisse, et entièrement adhérente à l'aponévrose.

Voici donc une circonstance qui empêchait le chirurgien de « rabattre en avant un lambeau de peau ». Il se décida, malgré cette condition défavorable, à employer quand même la méthode autoplastique et fut amené à rechercher deux lambeaux latéraux et à les ramener tous les deux au-devant de la vessie.

« Je commençai, dit-il, à la séance de la Société de Chirurgie du 9 mars 1887, par aviver les grandes lèvres à leur face interne un peu au-dessus de l'orifice vaginal, puis je les suturai sur la ligne médiane avec 3 crins de Florence. Je reconstituai ainsi une ouverture vulvaire. Le pont cutané fourni par cette suture, recouvrait la partie inférieure de l'exstrophie. Je taillai un lambeau latéral gauche de façon convenable, que je rabattis sur la muqueuse vésicale, face cutanée en arrière, face cruentée en avant, puis un lambeau latéral droit, à base supérieure, qui fut légèrement tordu et remonté au-devant du premier et qui lui fut uni au moyen de sutures au crin de Florence. La vessie nouvelle étant largement ouverte à sa partie supérieure, je doublai la paroi abdominale au-dessous de l'ombilic, suivant une ligne transversale, et je suturai la peau mince que je venais de séparer de l'aponévrose, au bord supérieur de mon double lambeau vésical. Le réservoir se trouvait ainsi complété. »

La réunion primitive se fit partout et cette opération anaplastique en un seul temps réussit d'emblée. Les plaies latérales se cicatrisèrent lentement, et 6 mois après l'opération, on ne trouvait plus, entre le bord inférieur des lambeaux et le pont cutané formé par l'adossement des grandes lèvres,

vres qu'un petit orifice triangulaire, ménagé à dessein comme voie d'échappement de l'urine, par où elle s'écoule dans un appareil en caoutchouc, et que Richelot tenta à plusieurs reprises d'oblitérer sans pouvoir y parvenir: « J'attendrai, dit-il, quelques mois, je donnerai le temps aux tissus de se nourrir, et à l'enfant de se développer, et je pense qu'il sera facile de parfaire le résultat. »

Tel qu'il est ce résultat paraît déjà remarquable, car nous le voyons répondre à deux des indications que devrait remplir une méthode idéale, à savoir: le drainage des urines et la réfection d'organes externes de la génération. Malheureusement, Richelot, et les chirurgiens qui ont employé des procédés analogues avec des variantes, John Ashurst, Robson, Greig Smith, Ayres n'ont pas, semble-t-il, pris toutes les dispositions nécessaires pour que le résultat soit parfait.

» Qu'on lise en effet les opérations... que l'on consulte les
» dessins annexés aux observations publiées par ces auteurs,
» écrit Monsieur le professeur Pousson, et l'on se convaincra aisément que l'atrésie de la vulve ou du vagin, consécutive à l'intervention, est incompatible avec l'intromission du pénis et surtout avec l'expulsion du produit de la conception. En sorte que je conclurai volontiers que chez la femme exstrophée, comme chez l'homme, la restauration des parties ne peut avoir au point de vue de l'organe génital qu'un intérêt de pure esthétique. »

Tel n'est point tout à fait notre avis, car nous pensons d'abord, que, si les critiques formulées contre la méthode autoplastique appliquée chez la femme par les auteurs dont nous avons parlé sont justes, pour les cas signalés, il n'en serait pas de même, si on prenait quelques précautions pour éviter l'atrésie de la vulve ou du vagin, ou pour parer à cet inconvénient par des manœuvres post-opératoires, semblables à celles qu'on emploie lorsqu'on fait un vagin artificiel dans un cas d'absence congénitale des organes génitaux externes. S'il en était autrement, cette méthode serait encore plus condamnable que celle de Trendelenburg, puisqu'elle

empêcherait avant tout la fécondation, alors que l'autre ne met obstacle qu'à l'accouchement.

En somme, la réfection vésicale au moyen de la peau présente un certain nombre d'avantages que nous avons signalés plus haut, et d'inconvénients, dont les plus importants sont : l'absence d'une cavité vésicale continente, inconvénient auquel on remédie par le port d'un appareil, et un autre signalé par M. le docteur Pozzi : l'absence d'une sangle abdominale capable de remédier à l'éventration.

§ II. — PROCÉDÉ DE POZZI.

C'est la première fois que la chirurgie se préoccupe de remédier à l'éventration qui accompagne tout exstrophie vésicale, à cause de la distance qui sépare en avant les muscles droits, dans l'intervalle desquels on ne trouve, nous le savons, rien autre chose que la tumeur formée par la vessie. Frappé par ce fait aussi que le mode de confection des lambeaux cutanés ordinairement usité permet à la rétraction consécutive de détruire le bon effet obtenu, Pozzi a songé à établir une sangle abdominale solide et résistante; en même temps, il s'est proposé de faire une cavité vésicale close, capable de contenir l'urine jusqu'à évacuation par regorgement. Nous verrons que le résultat a dépassé son espérance.

Voici le procédé qu'il emploie :

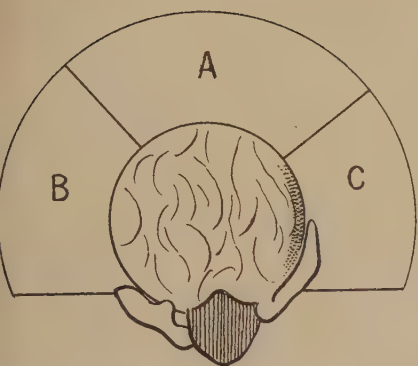
Dans un premier temps, on circonscrit la tumeur complètement au moyen d'une incision en fer à cheval distante du liséré de séparation de 4 centimètres. Inférieurement, deux incisions latérales, une droite et une gauche, rejoignent transversalement le fer à cheval à la limite inférieure de la tumeur. Deux autres incisions analogues sont faites en haut, obliques, qui divisent en trois segments le lambeau unique primitivement dessiné par le fer à cheval.

Deuxième temps. — On procède alors à la dissection des

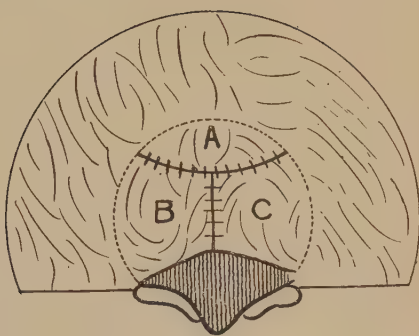
lambeaux, de dehors en dedans, jusqu'à leur base qui correspond à l'écartement des muscles droits. On pratique alors l'affrontement bord à bord de ces trois lambeaux, en employant des sutures au catgut à la Lembert, après les avoir préalablement rabattus sur la tumeur. On arrive ainsi à reconstituer à la vessie une paroi antérieure formée par de la peau, dont la surface cornée est tournée du côté de la cavité nouvelle.

Troisième temps. — Pour refaire un plan musculo-fibreux au-devant de ce plan profond, on essaye de rapprocher les muscles droits, que la dissection de la peau a laissés à découvert. Leur écartement est tel qu'on ne peut y parvenir, même en y faisant des incisions libératrices. Alors, on fait de chaque côté, sauter à la pince coupante la portion des pubis très éloignés aussi l'un de l'autre, sur laquelle se fait l'insertion inférieure des droits, et on la renverse de dehors en dedans. On parvient ainsi à rapprocher un peu la portion supérieure des muscles qu'on suture au catgut. Mais inférieurement le rapprochement demeure impossible, même si on tente de pratiquer des incisions libératrices musculaires. On fait alors rétracter les muscles et l'on pratique aussi en dehors que possible une incision sur la paroi postérieure de la gaine fibreuse. On dédouble cette gaine, et on l'amène sur la ligne médiane, sous forme d'une lanière fibreuse très résistante où on la réunit avec celle du côté opposé, plus bas que la suture des muscles droits. En résumé, on obtient un plan musculaire en haut et aponévrotique en bas, qui descend jusqu'au niveau de la partie moyenne du plan cutané déjà reconstitué. Au moyen d'une spatule, on refoule au-dessous la saillie herniaire vésicale peu à peu, et la réduction se maintient très bien.

Quatrième temps. — Il reste à recouvrir l'énorme surface dénudée, qui chez l'opérée de Pozzi ne mesure pas moins de 15 centimètres de diamètre. Pour obtenir ce résultat, il est nécessaire de pratiquer à droite et à gauche une incision libératrice de la peau immédiatement en dedans de l'épine



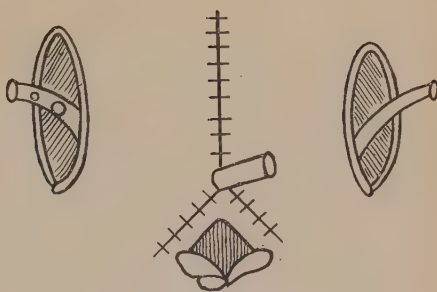
1^{ER} TEMPS



2^E TEMPS



3^E TEMPS



4^E TEMPS

PROCÉDÉ DE POZZI

iliaque, de disséquer toute la peau comprise entre les deux plaies. On peut alors la rapprocher de la ligne médiane, par glissement. Alors, on attire en haut la partie supérieure de la plaie circulaire, de façon à lui donner la forme d'un angle ouvert en bas. On rapproche les bords près du sommet de l'angle, et on coud au crin de Florence. Pour achever la suture des bords inférieurs, Pozzi recommande « d'attirer fortement les lèvres à l'aide d'une suture enchevillée formant capiton, faite avec un fil d'argent double, tordu sur des rouleaux de gaze iodoformée ». Alors on arrive à pouvoir suturer la plaie jusqu'en bas. A ce niveau on réunit par des points les deux lambeaux externe et interne « de manière à ourler complètement le bord inférieur de la plaie et à s'opposer à l'infiltration d'urine ». On ménage à la partie inférieure un orifice que l'auteur conseille de laisser assez large, par où s'écoulera l'urine à travers une sonde à demeure. On établit enfin un drainage entre les deux incisions libératrices latérales, qui restent largement béantes du fait des tractions exercées concentriquement.

Un dernier temps consiste dans une retouche qu'on n'accomplit qu'après cicatrisation parfaite. Il suffit simplement d'aviver par dédoublement et suture l'angle inférieur de la nouvelle paroi, pour recouvrir complètement la partie de la tumeur laissée à découvert par le méat artificiel, dont nous avons parlé, dont on ne laisse plus subsister qu'une toute petite partie indispensable.

OBSERVATION

Julia H. entre à l'Hôpital Broca le 11 janvier 1896. Elle est âgée de 11 ans, est assez grande pour son âge et jouit d'une bonne santé habituelle. Les parents, bien portants, ont eu huit enfants, dont deux sont morts à la naissance. Elle a une sœur de 14 ans, les autres sont moins âgés qu'elle. Aucun ne présente la moindre malformation.

Ce qui frappe tout d'abord lorsqu'on examine l'abdomen, c'est l'absence complète d'ombilic, et la présence au niveau de la région hypogastrique d'une tumeur volumineuse de la grosseur d'une orange, augmentant un peu de volume sous l'influence de l'effort, et qu'il est facile de reconnaître pour une exstrophie de la vessie. La surface de la tumeur est cutanisée sur toute son étendue sauf au niveau du trigone vésical; elle est légèrement violacée, avec de petites arborisations capillaires. Deux tractus d'aspect blanchâtre, comme cicatriciel, parcourent cette surface et y dessinent une figure qui ressemble à un T, de telle sorte que la tumeur est légèrement trilobée. Ils ont une largeur qui varie de quelques millimètres à 1 centimètre et gagnent en se dissociant les bords de la tumeur. Le diamètre transversal de la tumeur est de 6 cm, 5; dans l'effort, ce diamètre atteint 7 cm 5. Dans le sens vertical, ces dimensions sont sensiblement les mêmes. La partie moyenne fait une saillie d'environ 4 centimètres sur l'abdomen.

La tumeur est limitée par un sillon circulaire qui la sépare du reste du ventre. Ce sillon n'est pas régulier; il est plus profond sur les parties latérales qu'à la partie supérieure. En bas, ce sillon est assez profond, rougeâtre, sanieux, irrité par l'écoulement; il est en rapport avec les rudiments des organes génitaux externes que nous décrirons plus loin.

La tumeur se gonfle et blanchit légèrement en se tendant sous l'influence de l'effort. Si on la comprime doucement avec la main on arrive à la réduire complètement dans la cavité abdominale mais cette réduction est un peu douloureuse. On sent nettement l'écartement des pubis, qui est de 5 centimètres.

A la partie inférieure de la tumeur vésicale sont deux petites éminences au sommet desquelles se voit l'embouchure de l'uretère. La saillie de l'uretère gauche a environ 8 millimètres de diamètre; l'uretère est plus près du bord supérieur de la saillie; le bord inférieur recouvre le sillon qui limite inférieurement la vessie; on est obligé de la soulever pour voir ce sillon. A droite la saillie est plus étendue dans le sens oblique: elle mesure 5 centimètres de large. En bas elle déborde le sillon et le masque plus qu'à gauche. Le bord supérieur du sillon est formé par une muqueuse bourgeonnante et rouge..... Les deux orifices urétéraux sont séparés par un espace de 2 centimètres,

Ils ont la forme d'une fente d'un millimètre et demi de long et sont dirigés obliquement en haut et en dehors. Ils laissent sourdre l'urine indépendamment l'un de l'autre d'une façon irrégulièrement intermittente. En observant l'issue de l'urine, on voit que celle-ci sort alternativement d'un côté et de l'autre toutes les 15 à 20 secondes. Au moment où elle sort, l'urine est projetée en un jet très faible de 5 millimètres environ ; aussitôt après, on voit nettement l'orifice se rétracter dans la profondeur. Nous avons recueilli séparément l'urine émise en 5 minutes à droite et à gauche ; la quantité était sensiblement égale pour les 2 reins. L'urine était claire, limpide, ne contenant ni sucre ni albumine. Il y a hyperesthésie de toute la région, y compris des organes génitaux externes.

Le Mont de Vénus et les grandes lèvres sont représentés par deux saillies latérales situées un peu au-dessous de la tumeur et en dehors d'elle. A la partie inférieure de ces saillies, se trouve une touffe de poils longs, clairsemés.

Les petites lèvres et le clitoris sont visibles sous forme de deux replis cutanés situés immédiatement au-dessous de la tumeur, un peu en dehors de la ligne médiane à 2 centimètres l'un de l'autre. Ils ont environ deux centimètres de long et se confondent en dehors et en haut avec la peau des parties latérales. Sur la partie moyenne de ces replis on voit des deux côtés une ébauche de capuchon entourant une petite saillie clitoridienne un peu plus violacée.

Au-dessus de la fourchette, assez bien dessinée, existe une petite fente transversale située exactement sur la ligne médiane et mesurant 5 millimètres. Elle admet une sonde de femme de moyen calibre, c'est ce qui semble représenter le vagin et l'utérus.

Au toucher rectal il n'y a pas trace d'utérus. Le doigt arrive immédiatement en arrière de la partie postérieure de la vessie herniée.

Anus normal qui semble reporté en avant.

Cette malade fut opérée le 1er Juin 1896, puis présentée au Congrès français de chirurgie en 1896. Dix mois plus tard, l'auteur nous fait connaître les résultats obtenus :

D'abord, il eut à faire une petite retouche provoquée par une mortification très limitée d'un angle cutané.

Après qu'eut été rétréci, comme il a été dit, cet orifice du méat artificiel créé par l'opération, on a pu constater la disparition complète de l'exstrophie sous une sangle cutanée aponévrotique, qui ne peut se rétracter dans un sens défavorable. « Il est à remarquer que le perfectionnement plastique obtenu par la petite opération complémentaire qui a rétréci le méat, a été suivie d'une irritation assez vive, due à ce que l'urine s'accumulait dans le réservoir avant d'être expulsée par regorgement, et provoquait un peu d'inflammation et de la douleur. » On a même dû procéder à différents nettoyages de la nouvelle vessie, et même en extraire sous chloroforme des dépôts phosphatiques, et des débris épithéliaux.

En novembre 1906, l'émission des urines, qui est encore un peu douloureuse, est devenue nettement intermittente.

La petite opérée arrive à garder ses urines jusqu'à 5 minutes dans la position debout, lorsqu'elle applique son attention à cela. Dans la position couchée, les mictions restent souvent 1¼ d'heure sans se produire, même un peu plus longtemps. La sensation de besoin d'uriner est très nettement perçue.

Une sonde introduite dans la vessie pénètre environ de 8 cm. On peut injecter dans la cavité vésicale de 15 à 20 cm. de liquide sans qu'il ressorte. Si l'on en injecte davantage, la distension devient douloureuse et le liquide s'écoule spontanément.

A la fin de novembre, la petite opérée quitte l'hôpital en excellent état au point de vue général. Elle a grandi et s'est fortifiée.

Au point de vue local l'état est très satisfaisant. Les mictions ne sont plus douloureuses et elles ont tendance à devenir moins fréquentes surtout la nuit, on note parfois un intervalle de 20 minutes entre deux émissions d'urine.

Ainsi donc les résultats obtenus par cette méthode sont remarquables et parfaitement nouveaux, puisqu'il y a à la fois réfection d'un réservoir étanche et tolérant, réfection

d'une paroi abdominale résistante et enfin création d'une sorte de sphincter artificiel, sphincter qui n'a qu'une puissance toute relative, mais qui permet déjà à la malade de retenir des urines (peu il est vrai, mais il y a déjà un progrès très appréciable), et même d'avoir des mictions volontaires. C'est, en tout cas, sur le procédé de Maydl, le remarquable avantage de mettre parfaitement les reins à l'abri d'une infection, et l'intestin à l'abri d'une irritation continuelle.

Il est regrettable pour nous que cette malade, la seule d'ailleurs sur laquelle le procédé de Pozzi ait été expérimenté jusqu'à ce jour, soit précisément privée de vagin et d'utérus, et soit réduite à des organes génitaux externes rudimentaires. Mais il nous est permis de supposer qu'un jour le chirurgien qui voudra utiliser ce mode opératoire, se trouvera en présence d'une fillette présentant la disposition normale des exstrophées, c'est-à-dire un utérus, un vagin, et une vulve formée de grandes lèvres divergentes à l'extrémité supérieure. Le procédé de Pozzi trouvera-t-il dans cette disposition un obstacle à son application, qui le rendra incompatible avec la restauration ou le maintien de la fonction génitale? Nous ne le pensons pas. Au contraire, nous sommes convaincu qu'on trouverait dans ce cas un adjuvant précieux pour renforcer la partie inférieure du lambeau; rien ne serait plus simple que d'aviver les bords libres des grandes lèvres, comme on a accoutumé de faire dans les autres méthodes antoplastiques, de les suturer, en tenant compte qu'il y a nécessité à ménager une ouverture vulvaire et un vagin suffisamment larges, et de réunir leur bord supérieur à l'extrémité inférieure de la paroi, nouvellement créée, ce qui en augmenterait l'épaisseur et la résistance. Du même coup, nous voyons que cette méthode, considérée au point de vue qui nous intéresse réunit les avantages suivants:

1^o Elle supprime la difformité, et tout son cortège d'inconvénients, en un mot elle rend à la femme opérée le droit d'aspirer à la maternité.

2^o Elle favorise le coït, à la condition d'apporter au ma-

nuel opératoire de l'auteur, la petite addition, toujours possible que nous avons signalée.

3^o Non seulement elle ne mettra aucun obstacle à l'évolution de la grossesse, mais encore favorisera cette évolution et facilitera même l'accouchement, puisqu'elle rétablit un abdomen musculaire et fibreux et nous savons quelle importance présente la solidité de la paroi pendant l'évolution et pendant l'expulsion du produit de la conception. Enfin, puisqu'il ne faut rien négliger, les plus petites causes étant susceptibles de produire de grands effets, l'accoucheur sera toujours heureux de pouvoir recueillir à chaque instant les urines de la femme enceinte, cette opération ayant quelquefois une très grande importance, pour permettre, par exemple, de parer à temps aux graves accidents de l'éclampsie.

En résumé nous sommes d'avis que toutes les fois qu'il sera nécessaire d'intervenir chez une fillette ou une femme pour traiter une exstrophie de la vessie, il y aura avantage à s'adresser à la méthode de Pozzi, dont le seul défaut réside dans la difficulté de l'exécution opératoire, ce qui est un bien faible inconvénient entre les mains d'un chirurgien habile et exercé.

OPÉRATION PRATiquÉE PAR M. LE DOCTEUR PRINCETEAU.

OBSERVATION (Inédite).

Marie B..., est âgée de huit ans.

Son père et sa mère sont en bonne santé. Ils ont six autres enfants également bien portants, et ne présentant aucune malformation congénitale.

Cette enfant est née à terme et dans de bonnes conditions. La mère n'a rien à signaler durant le temps de sa grossesse.

La fillette a été élevée au sein maternel jusqu'à l'âge de 14 mois. La

dentition a été un peu retardée et facile. Elle a marché à l'âge d'environ trois ans. Dans sa petite enfance, elle a eu la rougeole sans complication.

L'enfant entre dans le service de M. le professeur Princeteau le 31 mars 1906. Elle présente une taille un peu au-dessous de la moyenne. Elle a le teint bronzé comme les enfants de la campagne. L'œil est vif. Les cheveux sont demi-longs et droits, les traits d'apparence masculine. La démarche ressemble à celle des malades atteints de luxation congénitale double de la hanche.

A l'examen, on constate à la partie inférieure de l'abdomen, sur la ligne médiane, une tumeur de la grosseur de la moitié d'une orange. Elle est d'un rouge vif, d'aspect bourgeonnant et très douloureuse au toucher. Le contact ne la fait pas saigner. Elle augmente de volume et s'extériorise davantage sous l'influence de la toux et des efforts, mais elle est facilement réductible.

Au tiers inférieur de cette tumeur, on remarque les deux petits orifices urétéraux symétriquement placés de chaque côté de la ligne médiane. A leur niveau, on voit s'écouler par intermittence plus ou moins alternée, tantôt en nappe, tantôt en petits jets, un liquide qui n'est autre chose que l'urine.

Au moment de l'émission, on constate que le pourtour de l'orifice blanchit et s'anémie légèrement. Le cathétérisme des uretères nous indique une direction toute particulière de ces conduits. Ils sont dans la portion initiale de leur trajet comme plongeant dans l'intérieur de la cavité pelvienne, et sont dirigés de haut en bas et d'avant en arrière.

Le pourtour de l'exstrophie est représenté par une surface froncée et noirâtre, encroûtée de débris épithéliaux malodorants et revêt toute l'apparence du tissu cicatriciel. L'ombilic n'existe pas. Les organes génitaux externes sont profondément modifiés comme nous allons le voir.

Le col de la vessie et l'urètre sont largement ouverts en avant, toute leur paroi antérieure faisant défaut. De telle sorte que le clitoris est réduit à deux petits moignons situés de part et d'autre de l'ouverture vulvaire. Il n'y a pas d'apparence de petites lèvres qui semblent se confondre avec le bourrelet des grandes lèvres. Celles-ci, exubérantes diver-

gent à leur extrémité supérieure, et la commissure n'existe pas.

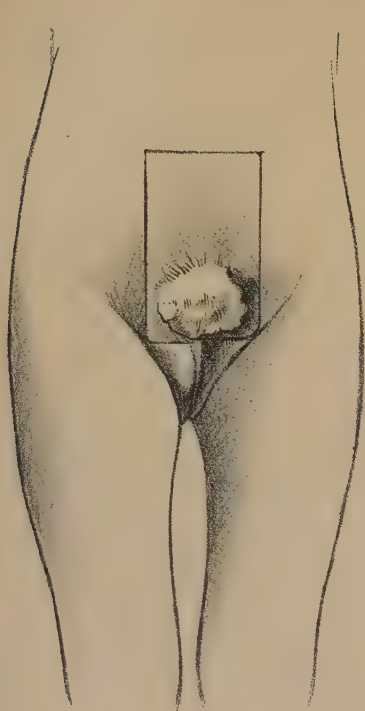
Au-dessous de la gouttière épispadique ainsi formée, on aperçoit un orifice circulaire, bordé par un anneau de muqueuse assez résistant et dont les dimensions sont telles qu'elles permettent l'introduction d'une tige d'un calibre égal au n° 20 de la filière Charrière. C'est l'orifice vaginal obstrué par son hymen épaissi. L'exploration du conduit vaginal, au moyen d'un petit speculum nasi nous permet d'apercevoir un col utérin qui empiète beaucoup sur la paroi antérieure du vagin. Le cul-de-sac postérieur est très marqué, mais le cul-de-sac antérieur fait complètement défaut. Cette exploration nous permet de constater que la région interurétérale de l'exstrophie correspond au sillon de séparation du col utérin et de la cavité vaginale.

L'anus est relâché, plus élargi que normalement, et la tonicité du sphincter est très affaiblie. La muqueuse rectale est prolabée sous l'influence du moindre effort. Le toucher rectal permet l'introduction de deux doigts, qui rend très facile l'exploration du bassin.

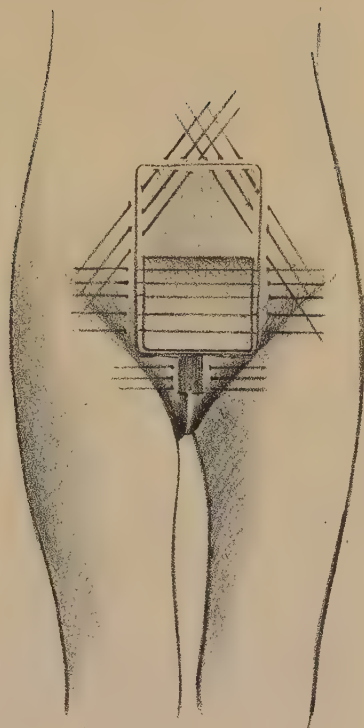
La radiographie de ce bassin fut faite le 10 avril confirmant les notions acquises par le toucher rectal. Nous constatons l'absence totale de symphyse, un écartement des pubis égal à cinq centimètres avec écartement normal des os iliaques.

Avant de procéder à une intervention, M. le professeur Princeteau cherche à l'aide de pansements appropriés, de lavages et d'irrigations fréquents à calmer l'état inflammatoire de la muqueuse exstrophiée et de toute la peau de la région péri-génitale. En effet, les grandes lèvres et la face interne des cuisses qui sont incessamment baignées par l'urine décomposée, présentent de la rougeur, et des excoriations multiples et très douloureuses. Pour en finir, on installe au-dessus du lit de la petite malade un appareil à irrigation continue, qui déverse goutte à goutte, au niveau de la région interurétérale, de l'eau boriquée tiède et stérilisée. Au bout d'un mois environ de ce traitement préalable, les phénomènes inflammatoires étaient calmés au point que l'enfant, qui au début ne voyait pas sans appréhension et sans défense s'approcher les mains exploratrices, se laisse maintenant très facilement examiner.

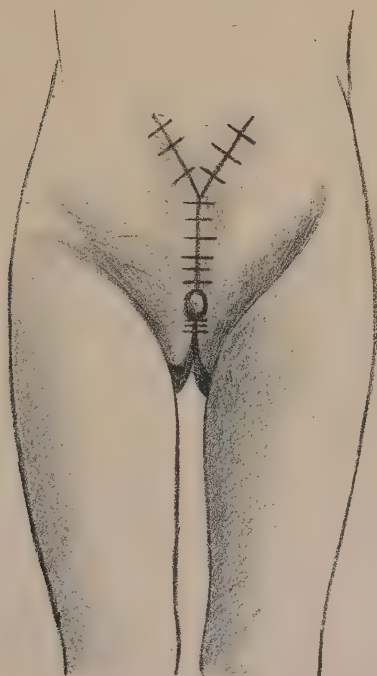
Après avoir éliminé pour les raisons invoquées plus haut les méthodes de Trendelenburg et de Maydl, il a été décidé par l'opérateur de s'adresser à la méthode autoplastique, mais en modifiant les procédés



1^{ER} TEMPS



2^E TEMPS



3^E TEMPS

PROCÉDÉ DE PRINCETEAU

connus qui permettent assez mal de recueillir les urines. M. le professeur Princeteau s'est proposé d'établir une fistule vésico-vaginale qu'on essaierait de rendre permanente ; une deuxième opération permettrait de fermer complètement le réservoir vésical.

Le 4 mai première intervention chirurgicale.

Voici comment on procède :

Après anesthésie au chloroforme, on fait une incision longitudinale et médiane dans la région interurétérale, qu'on établit sur un conducteur introduit dans le vagin à travers la cloison vésico-vaginale. Cette incision a deux centimètres de longueur et sur les lèvres de la plaie on suture bord à bord avec du catgut, les muqueuses vaginale et vésicale, ce qui assure à la fois l'hémostase et la réunion. Chemin faisant, on trouve le col utérin qui, dans le cas qui nous occupe, est si voisin de l'orifice hyménéal du vagin, qu'il apporte un obstacle assez gênant pour établir le drainage. On peut cependant arriver à introduire à travers le conduit nouvellement formé, une sonde de Pezzer, qui va permettre l'écoulement de l'urine par le vagin. La première partie de l'opération de Princeteau est réalisée.

Suites opératoires. — L'opération ainsi menée, étant terminée, on rapporte l'enfant dans son lit, au-dessus duquel on installe à nouveau l'appareil à irrigation continue que nous avons mentionné précédemment.

Il n'y a pas de choc opératoire, pas de température, ni le jour de l'intervention, ni les jours suivants.

Pendant quelques jours, l'urine est expulsée en totalité à travers la sonde de Pezzer. On tente avec beaucoup de difficultés de maintenir cette sonde perméable, mais les dépôts uratiques si fréquemment obstruent sa lumière, qu'on est obligé de la changer plusieurs fois.

Au bout de six semaines, on est obligé de la supprimer, la cicatrisation se fait lentement, et l'urine reprend son chemin primitif.

Il est bon d'ajouter que la fistule vésico-vaginale n'est pas fermée, mais que ses lèvres s'accolent au point d'empêcher le passage de l'urine par cette voie. Nous pensons que dans ce cas particulier, le col utérin apporte un obstacle à cet écoulement en appuyant sur la face inférieure de la fistule, formant ainsi une sorte de clapet. De plus les urines de notre malade sont toujours très chargées en dépôts uratiques et phosphatiques, ce qui, pensons-nous, est dû à la décomposition plus facile de l'urine pendant son séjour continuel à l'air. Il semble probable que si l'on arrivait à la soustraire à ce contact, elle reprendrait ses propriétés normales, ce qui éviterait ces inconvénients. Pour en arriver là, il faudrait fermer la vessie, avant d'avoir ouvert le vagin, ce qui constituerait un cercle vicieux.

M. le Professeur Princeteau, pratique une deuxième intervention le 8 août. On va, cette fois-ci, tâcher de fermer la vessie, pour tenter d'obliger les urines à prendre la voie vaginale, en profitant du premier résultat médiocre obtenu.

L'opération est conduite de la façon suivante: Dans un premier temps on dissèque un grand lambeau quadrilatère limité par trois incisions; une incision transversale supérieure, perpendiculaire de part et d'autre à la ligne blanche, et située à dix centimètres au-dessus du bord de l'exstrophie. Les deux autres incisions descendent verticalement des deux extrémités de la première, sur le bord de la tumeur, à un centimètre en dehors de la surface muqueuse. Ces deux incisions sont arrêtées un peu au-dessus des moignons clitoridiens, et leur extrémité inférieure est réunie par deux petites incisions transversales, à la partie supérieure de la gouttière urétrale.

Ce lambeau cutané est disséqué jusqu'à l'aponévrose exclusivement et la dissection est poursuivie en haut et sur les côtés jusqu'au pourtour de l'orifice fibreux de la paroi abdominale au niveau duquel adhèrent fortement les tuniques amincies de la vessie exstrophée. Cette dissection est poussée jusqu'à libération presque complète d'adhérences à ce ni-

veau. Cette manœuvre permet de rétrécir le susdit orifice fibreux et de refouler en partie la portion exstrophée de la vessie en établissant deux forts points de suture au catgut à la partie supérieure.

Deuxième temps. — Le lambeau ainsi préparé est rabattu de haut en bas sur la tumeur, de telle façon que la muqueuse exstrophée soit recouverte par sa face épidermique. Les bords du lambeau ainsi repliés sur eux-mêmes, la moitié supérieure sur la moitié inférieure, forment à droite et à gauche les limites d'une bourse cutanéomuqueuse qui est fermée sur les côtés par un surjet très serré de catgut. Il faut avoir soin de ne pas traverser toute l'épaisseur du lambeau, en un mot de rester en dehors de la nouvelle cavité. Le bord supérieur du lambeau ainsi devenu bord inférieur, vient s'appliquer de lui-même sur la portion préurétrale dont il forme la voûte. On le fixe également en cette place par quelques points, qui l'unissent de chaque côté à la lèvre supérieure des deux petites incisions transversales. Le réservoir vésical est maintenant formé, il reste à fermer la gouttière urétrale.

Troisième temps. — Maintenant la sonde de Pezzer, par la fistule vésico-vaginale antérieurement établie, on essaye de décortiquer la muqueuse de cette région. On avive les extrémités des moignons clitoridiens et la partie supérieure des grandes lèvres, qui sont suturées ensuite à l'aide de solides crins de Florence. L'auteur espère ainsi supprimer cette portion des voies urinaires et dériver le cours des urines vers la cavité vaginale, dont l'orifice est mieux disposé pour recevoir un appareil prothétique.

Quatrième temps. — Le temps opératoire qui précède conduit de lui-même à l'accomplissement de celui-ci. En effet, le rapprochement des moitiés clitoridiennes et des grandes lèvres a amorcé celui des deux lèvres de la plaie abdominale laissée à découvert par la confection du lambeau et c'est sans trop de difficultés qu'on peut amener directement au contact sur la ligne médiane les lèvres droite

et gauche qui sont suturées bord à bord, par-dessus la face cruentée du lambeau rabattu. Il ne reste plus qu'à recouvrir la partie située au-dessus de lui et qu'il occupait précédemment. Pour obtenir ce résultat, on rapproche l'un de l'autre les bords des angles supérieurs, et on les fixe à l'aide de deux lignes divergentes de points de suture, de telle sorte que, l'opération terminée, il ne reste plus à la place de l'exstrophie disparue que trois lignes de points de suture disposées comme les branches d'un Y majuscule, dont la branche centrale correspond à la partie moyenne de l'exstrophie vésicale.

Suites opératoires.— Le jour de l'opération et les trois jours suivants, la température oscille entre 37° et 37°6, malgré tout la fillette est choquée; son facies est grippé, les yeux sont cernés, de plus elle a de fréquentes crises de cystite provoquant des cris et des contractions qui durent de 4 à 6 minutes, pendant lesquelles la face se cyanose et se recouvre de sueurs froides. Cependant ces crises ne durent pas, elles deviennent de moins en moins fréquentes et cessent complètement au bout de quelques jours.

L'état général n'en reste pas moins mauvais.

Le 12 Août T° = 38°6 — P = 140

Le 13 Août T° = 36°7 — P = 160

Anurie complète, état semi-comateux, vomissements incoercibles sueurs abondantes, face livide, yeux excavés, la fillette est dans un état de prostration complète. La sonde est enlevée.

L'anurie dure jusqu'au 15 août puis insensiblement l'évacuation recommence. Pendant ces derniers jours, la plaie a pris un vilain aspect. Quelques points de suture superficiels cèdent, et il s'écoule de l'urine à leur niveau. Une partie des lambeaux cutanés au niveau de la partie inférieure de la branche verticale de l'Y se sphacèle et finit par s'éliminer.

Les 16 et 17 Août, l'état de la malade inspire les plus vives inquiétudes. Le poul est petit et monte à 160.

Le 19 au soir, l'enfant a une hémorragie vésicale qui dure de 7

heures du soir à 1 heure du matin malgré deux injections sous-cutanées d'ergotine, et des applications externes de compresses imbibées d'eau très chaude.

Le 20 Août l'état général est encore passablement inquiétant, mais s'améliore insensiblement dans les jours qui suivent. La plaie reprend un aspect bourgeonnant, l'épiderme se forme sur ses bords. Six semaines après, la cicatrisation est complète et la tumeur exstrophique n'est plus du tout à découvert.

Le 12 septembre la fillette rend sans douleur un petit calcul de forme ovalaire.

Le 24 elle en rend un autre également sans souffrance.

Le 19 Octobre l'enfant se lève, se tient debout et marche sans difficulté les jours suivants. Cependant vers le 26, on s'aperçoit que le poids des organes abdominaux fait ressortir légèrement une collerette de muqueuse vésicale dont un centimètre environ de la partie inférieure fait saillie à travers le léger orifice de la branche inférieure de l'Y.

Le 16 Janvier et le 3 février, il est procédé à l'avivement des points fistuleux, pour essayer de fermer complètement le réservoir vésical. Les sutures amènent la réunion sauf un point tout à fait inférieur, par où continue de s'écouler l'urine.

L'enfant quitte l'hôpital le 4 mars 1907 grandement améliorée. L'exstrophie n'existe plus, on lui fait porter un petit urinal fixé à la paroi abdominale pour recueillir les urines.

En résumé, cette observation nous permet de faire les constatations suivantes :

1° On obtient une suppression très suffisante de l'infirmité et de ses inconvénients ;

2° On restaure sans atrésie la vulve, et on rétablit un clitoris unique ;

3° Rien n'entrave donc chez notre petite malade, ni la fécondation, ni la marche d'une grossesse, ni l'accouchement.

Nous voyons aussi que, du moins dans ce cas particulier,

il a été impossible à l'auteur d'obtenir le résultat qu'il avait souhaité, c'est-à-dire le passage de l'urine par le vagin. Est-ce à dire que toutes les exstrophées seront dans le même cas? Nous ne le croyons pas, puisque nous ne trouvons pas dans tous les cas cette absence totale du cul-de-sac vagino-utérin antérieur. Peut-être même si l'état de notre opérée avait été post-opératoirement plus favorable, la réunion se fut-elle produite d'emblée, ce qui aurait permis à l'urine sous pression de forcer, après guérison et suppression de la sonde à ce moment seul, de forcer, disions-nous, la fistule vésico-vaginale, donnant ainsi plein succès à l'opération.

Il nous reste à nous demander quels inconvénients peut présenter la méthode que nous venons de décrire. Elle n'est point grave, elle n'est point dangereuse, elle est d'une exécution relativement facile. Seule la présence d'urines dans le vagin pourrait soulever quelques objections. Supposons, en effet, notre opérée enceinte, est-ce que cette présence de l'urine ne constituera pas un danger pour la marche de la grossesse ou l'accouchement? Nous ne le pensons pas, à la condition expresse toutefois, d'avoir affaire à une malade à reins sains, à urine aseptique. Dans le cas contraire, cette intervention serait à notre avis, contre-indiquée, pour éviter l'infection normalement trop facile déjà, de la muqueuse d'un utérus gravide.

Cette même muqueuse est encore plus sensible nous le savons, après la délivrance, et ce serait un réel danger, que d'avoir là, outre les chances d'absorption des toxines urinaires, celles plus graves d'une infection microbienne. Des lavages fréquents comme ils sont d'ailleurs pratiqués dans les accouchements normaux, seraient peut-être suffisants pour prévenir et conjurer tout danger.

A tout bien considérer, que devons-nous penser du résultat obtenu chez notre opérée, par rapport à celui qui était escompté? A notre avis, elle a tiré un très grand bénéfice de l'intervention, bénéfice que nous considérons supérieur

à celui qu'elle aurait réalisé si l'opération avait été menée jusqu'au bout sans accroc, car nous estimons, pour notre part, plus avantageux de collecter les urines, dans un appareil, le long de la face supérieure de la cloison vaginale, comme c'est le cas, que de les introduire dans cette cavité. C'est qu'en définitive on ne peut jamais affirmer que telle malade dont les reins et la vessie sont aujourd'hui parfaitement sains, ne présentera pas demain des urines purulentes ce qui nous ferait tomber dans l'erreur que nous avons cherché à éviter.



CONCLUSIONS

1^o Dans la cure chirurgicale de l'exstrophie de la vessie, dans le sexe féminin, on doit toujours avoir en vue l'avenir génital de la malade.

2^o Une bonne opération doit :

- a) Faire disparaître l'infirmité;
- b) Rendre possible la fécondation;
- c) Permettre l'évolution d'une grossesse;
- d) Permettre un accouchement facile.

3^o L'opération de Trendelenburg est impraticable chez la fillette puisqu'elle rétrécit le bassin. Elle satisfait parfaitement aux propositions a), b), c), bien qu'elle ne guérisse pas l'incontinence et contrevient seulement à la dernière; elle est d'autant plus dangereuse.

4^o L'opération de Sonnenburg satisfait à la seconde condition, mais contrevient à la troisième, en ce sens, que si elle n'empêche pas l'évolution de l'utérus gravide, cette évolution elle, est susceptible d'entraîner de graves désordres dans la fonction urinaire. Elle remédie mal à l'infirmité :

5^o L'opération de Maydl supprime radicalement tumeur et incontinence. Elle est, par un mécanisme différent, blâmable au même titre que la précédente (prop. c).

6^o La méthode autoplastique, ne supprime pas l'incontinence. Elle répond en dehors de cette impuissance, aux quatre conditions indispensables.

A. — Le procédé de Richelot est en contradiction avec

les propositions b), c) et d), si l'on ne prend quelques précautions aussi indispensables que faciles, pour parer à l'atrésie de la vulve.

B. — Le procédé de Pozzi est le plus parfait, puisqu'il refait une vessie un peu continente et un abdomen solide, mais il est d'une exécution difficile.

C. — Le procédé de Princeteau, est remarquable aussi, tant au point de vue esthétique qu'au point de vue de la fonction génitale.

Vu

Le Président de la Thèse,

POUSSON.

Vu : *Le Doyen,*

A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 24 juin 1907

Le Recteur de l'Académie,

R. THAMIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AUSCHÜTZ. --- 29^e Congrès de la société allemande de chirurgie, 1900.
- BERGER. — *Semaine médicale*, 1883.
- CALMEILLES. — Thèse de Bordeaux, 1886.
- CAPELLO. — In thèse Yakhontow, Saint-Pétersbourg 1901.
- CHAIGNEAU. — Thèse de Bordeaux, 1903.
- COLZI. — Société italienne de chirurgie, 1901.
- DELAGÉNIÈRE. — *Centralblatt für chirurgie*, 1900.
- DUBOIS ET DUPUYTREN. — *Bulletin de la Faculté de médecine de Paris*, 1806.
- DUPLAY ET RECLUS. — *Traité de pathologie externe*, tome VII.
- EHRICH. — *Beit. z. klin chirurg.*, 1901.
- EISELSBERG. — *Wien klin. Woch*, 1897.
- *Zeit für chirurgie*, 1897.
- FOWLER. — *Americ. journal of the méd. scienc.*, 1897.
- GERSUNY. — *Zeit für Heilkunde*, 1899. Heft 4.
- GLÜCK. — *Berliner klin. Wochen*, 1881.
- GRANDJEAN. — Thèse de Strasbourg, 1868.
- GRAUBNER. — Saint-Pétersbourg, *Méd. Woch.* 1903.
- HERCZEL. — *Centr. f. d. Krankheit d. Harn. und. Sexual Organe*, 1899. Heft 11.
- HERGOTT. — Thèse de Nancy, 1874.

- HEYDENREICH. — *Sem. médicale*, 1886.
- KOCH. — *Centr. f. chirurgie*, 1897.
- KUSTER. — *Verhandl d. d. Gesellsch. f. chir.*, 1896.
- LLOYD. — *The Lancet*, 1851.
- MAKINS. — *Beitrag z. klin. chirur.* XXIII, 1900.
- MALINOWSKI. — *In. th.* Yakhontow.
- MAYDL. — *Wiener medizin. Wochen.* 1894, 1896, 1899.
- MAZEL BRUNS. — *Beitr. z. klin. chir.* 1900.
- MIKULICZ. — *Centr. f. chirurgie*, 1899.
- ORLOW. — *Revue de chirurgie abdominale*, 1903.
- POUSSON. — *Traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie*,
Paris 1889.
- POZZI. — *Annal. des mal. des org. génito urin.*, 1897.
- PRESSAT. — *Thèse de Paris*, 1898.
- RICHELOT. — *Société de chirurgie de Paris*, 1886.
- RYDYGIER. — *Beit. z. klin. chirurg.*, 1900.
- SIMON. — *The Lancet*, 1852.
- SMITH (GREIG). — *The british medic. Journ.* 1880.
- — *The Lancet*, 1885.
- SONNENBURG. — *Berlin, Klin. Woch.*, 1881-1882.
- — *Deutsche med. Woch.*, 1899.
- SOUBOTTINE. — *Bulletin de l'Acad. imp. milit. medic.*, 1901.
- TRENDELENBURG. — *Arch. f. klinische, chirurg.* 1886.
- — *Centr. f. chirurg.*, Leipzig, 1885.
- — 14^e Congrès de la soc. all. de chir., 1887.
- — 29^e » » » 1900.
- THOBOIS. — *Thèse de Paris*, 1904.
- TROMBETTA — *Centr. f. chirurg.*, 1903.
- YAKHONTOW. — *Thèse de Saint-Petersbourg*, 1901.
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	p. 13
INTRODUCTION	15
Chapitre Premier. — Définition, Anatomie	17
Chapitre II. — Du traitement opératoire	21
Chapitre III. — Méthode de la suture des marges de la vessie.	23
Chapitre IV. — Méthode de dérivation du cours de l'urine ...	31
Chapitre V. — Méthode autoplastique	39
CONCLUSIONS	61
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	63
